UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 16

CONTRIBUTION A L'ETUDE des Occlusions post-opératoires retardées

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Mars 1948

PAR

PIERRE ROUEYLOU

MEMBRES DU JURY.... MM. Pierre FABRE, *Président.*
VIRENQUE, GADRAT, DAMBRIN P. *Assesseurs.*
GÉRAUD, *Suppléant.*

CARCASSONNE
IMPRIMERIE BONNAFOUS ET FILS
48, rue Aimé-Ramon

1948

CONTRIBUTION

à l'étude

des Occlusions post-opératoires

retardées

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR.

PROFESSEURS

	MM		MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER	et puériculture	SOREL (R)
Clinique médicale	TAPIE ROQUES	Pharmacie	CAUJOLLE
Clinique obstétricale	GARIPUY	Pathologie interne	MOREL
Physiologie	SOULA	Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N....
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Matière medicale	VINCENT
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Clinique, oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Anatomie	VALLOIS CLERMONT	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Histoire naturelle	DELAS	Chimie biologique	N....
Clinique médicale infantile		Medecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
		Histologie et embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M BAISSET	Obstétrique	GUILHEM
Anatomie	COULOUMA		

AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	LAZORTHES	Chirurgie	BLANC COUTURIER DAMBRIN P. DIEULAFE RIEUNAU
Histologie	BIMES ch. des f.		
Médecine	GADRAT DARNAUD GERAUD DARDENNE LAPORTE (J	Pharmacie	GRIMOUD
		Chimie générale pharmaceutique	VIRENQUE
Ophtalmologie	DEODATI	Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie Médicale	VALDIGUIE		
Physique Médicale	MARQUES		

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY	Parasitologie	LASSERRE
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Botanique et cryptogame	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie pathologique	VALDIGUIE P.	Chimie analytique	BLANC
Chimie biologique	VALDIGUIE (P	Hydrologie et géologie	ASTRE
Chimie minérale	BLANC	Médecine Sociale et du Travail	BOUNHOURE
Stomatologie	CADENAT	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Legislation pharmaceutique	BOUISSET	Urologie	LHEZ
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.) DAMBRIN (P.)	Ophtalmologie	DEODATI
Microbiologie	BOUISSET	Neuro-chirurgie	LAZORTHES
		Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX

Secrétaire de la Faculté : DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 16

CONTRIBUTION A L'ETUDE des Occlusions post-opératoires retardées

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Mars 1948

PAR

PIERRE ROUEYLOU

MEMBRES DU JURY. — MM. Pierre FABRE, *Président.* — VIRENQUE, GADRAT, DAMBRIN P., *Assesseurs.* — GÉRAUD, *Suppléant.*

CARCASSONNE
IMPRIMERIE BONNAFOUS ET FILS
48, rue Aimé-Ramon

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0084

Ce travail est dédié :

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE,

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MA FEMME,

A TOUS LES MIENS,

A MES AMIS,

A MES CAMARADES D'INTERNAT.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Pierre FABRE

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires

Avec notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur GADRAT

Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur GÉRAUD

Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur Paul DAMBRIN

Professeur agrégé à la Faculté

En témoignage de reconnaissance pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de constituer notre Jury.

A la mémoire du Professeur BOULARAN

Qui nous inspira, avec son amabilité coutumière, le sujet de notre thèse.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

ET DE LA FACULTÉ

Au Docteur HÉRAN

Ancien Interne et Chef de Clinique des Hôpitaux de Montpellier

Chirurgien des Hôpitaux de Carcassonne

En témoignage de notre profonde gratitude.

A mon Maître, le Docteur BRUN

Ancien Interne et Chef de Clinique des Hôpitaux de Toulouse
Chirurgien des Hôpitaux de Carcassonne

Qu'il soit persuadé de trouver ici l'assurance de ma très sincère reconnaissance pour avoir guidé et assuré, de ses conseils éclairés, mes premiers pas en Chirurgie, et pour m'avoir accordé son aide protectrice.

Puisse ce travail être pour lui un gage de ma respectueuse affection !

INTRODUCTION

Ma situation d'interne à l'Hôpital de Carcassonne ne m'ayant pas permis d'entreprendre un gros travail, nécessitant une importante documentation, et exécutable uniquement à proximité des services hospitaliers de Faculté et de la Bibliothèque universitaire, je demandai au professeur Boularan de vouloir bien me donner un sujet limité et bien précis. L'accident tragique dans lequel il disparût, ne me permit pas d'utiliser ses conseils. C'est ainsi que, dirigé par MM. les Professeurs Fabre et Virenque, ce petit mémoire est basé sur la seule expérience chirurgicale de mes maîtres des Hôpitaux de Carcassonne, les Docteurs Brun et Héran.

Délaissant, par conséquent, toute compilation bibliographique — ou à peu près — mon travail n'a nullement la prétention de fouiller, quant à son fond, le si difficile problème de l'occlusion post-opératoire retardée. Il a pour seul objectif, de montrer l'embarras dans lequel se trouve le chirurgien, devant ces cas délicats où, l'opéré ayant présenté des suites opératoires immédiatement banales, il présente brusquement des signes d'occlusion.

Jeune interne, et ne saisissant encore qu'imparfaitement la portée de la tactique chirurgicale adoptée, j'ai toujours été frappé des hésitations du chirurgien, et de la difficulté de l'indication dans ces complications post-opératoires de type occlusif.

C'est que, en vérité, la question n'est pas simple,

et des gestes du chirurgien dépendra le pronostic. Doit-on appliquer un traitement médical, doit-on au contraire envisager un traitement chirurgical ? Chacun sait la gravité d'une réintervention, et le chirurgien, averti de la chose, va s'entourer de toutes les données cliniques et de tout le fruit de son expérience propre, pour peser sa décision et arrêter sa ligne de conduite.

Nous croyons bon, tout d'abord, de définir les différents types d'iléus susceptibles de compliquer la période post-opératoire.

Classiquement, on distingue deux grands types d'iléus : l'**iléus fonctionnel** et l'**iléus mécanique.**

— L'**iléus mécanique** est celui dans lequel le transit intestinal se heurte à un obstacle : incarcération d'anse grêle au travers d'une brèche du ligament large, au travers du grand épiploon, étranglement par bride post-opératoire, torsion d'anses, agglutination d'anses après un processus péritonitique. Bref, de multiples causes.

— L'**iléus fonctionnel** comprend, lui, trois grands types : **paralytique, réflexe, spasmodique.**

Nous appellerons **iléus paralytique,** ou iléus inflammatoire, celui dans lequel il y a sidération du péritoine, de la musculature lisse intestinale, par le processus infectieux, péritonitique. D'où disparition du péristaltisme. Cet iléus est d'origine indiscutablement inflammatoire. Ainsi, après la simple appendicectomie à froid, il peut se produire une réaction péritonéale se traduisant, dans les suites opératoires, par un léger météorisme, quelques douleurs abdominales diffuses, un retard de gaz. Tous les degrés, quant à l'importance de cette réaction, peuvent être observés. En général, un traitement médical approprié, sans même user de l'aspiration duodénale continue, suffit à faire rétrocé-

der les accidents. Cette réaction péritonéale avait sans doute amené la production d'un iléus paralytique. De la même façon, un abcès du Douglas, un abcès méso-cœliaque, un abcès sous-phrénique, sus-iliaque, iléo-lombaire, qui sont autant de formes d'abcès résiduels après péritonite appendiculaire, peuvent déclencher, par réaction inflammatoire de voisinage, un iléus paralytique, l'incision de l'abcès amenant très simplement la guérison.

Nous appellerons **iléus réflexe** celui qui, non inflammatoire, reconnaît une cause extra-péritonéale, ainsi au cours de la lithiase réno-urétérale, au cours d'une maladie infectieuse, au cours d'une pneumopathie.

Enfin, l'**iléus spasmodique,** nié par certains, parfois sans cause bien apparente, « iléus sans cause » de Mondor, se traduit par un entérospasme cédant à la rachi-cocaïnisation, aux infiltrations splanchniques, ce qui montre son origine sympathique. Il peut se voir dans les suites opératoires, sans qu'on le rattache toujours à une origine inflammatoire, ainsi après une banale cure de hernie. Nous dirons plus loin ce que nous pensons de ces deux derniers types d'iléus.

Bien entendu, il serait artificiel de vouloir créer des limites strictes entre ces types occlusifs. Il y a, entre eux, des nuances, des rapports qui font qu'ils peuvent s'intriquer, se combiner, se compliquer. **Tel iléus, purement fonctionnel au début, du type inflammatoire, paralytique, finira par comporter un élément mécanique, réalisant ainsi une occlusion mixte. Et c'est là, justement, que réside la difficulté du problème qui nous occupe.** En effet, la thérapeutique va être, on le conçoit bien, différente, suivant qu'il s'agit d'un iléus fonctionnel ou d'un iléus mécanique. **Le clinicien devra s'attacher à**

saisir le moment où, à tel iléus fonctionnel se surajoute un élément mécanique commandant impérieusement l'abandon de la thérapeutique médicale et l'emploi de méthodes chirurgicales. Encore que, en partie tout au moins, — et nous analyserons la chose plus loin — le problème soit modifié par la pratique de la méthode de Wangensteen.

Comment conçoit-on qu'à un iléus fonctionnel puisse se combiner secondairement un iléus mécanique, et par quel processus anatomo-pathologique ?

Supposons un iléus paralytique, inflammatoire, purement fonctionnel, après une quelconque intervention abdominale. Il va donner lieu à une stase intestinale entraînant des plicatures, des coudures d'anses, des œdèmes inflammatoires, d'où périviscérite accolant ces anses, et en définitive, ces occlusions d'origine paralytique (paralysie inflammatoire de Stokes) arriveront à réaliser le type clinique bien connu aujourd'hui d'**iléus mixte,** à la fois fonctionnel et mécanique — inertie et obstacle.

Et c'est très rapidement qu'on passe d'une forme à l'autre. **Sanction pratique : en présence d'un syndrôme abdominal inflammatoire post-opératoire, si on prend la responsabilité de temporiser pour une raison quelconque, il faut savoir que l'apparition de signes d'occlusion ne devra pas nous faire conclure à un iléus paralytique, mais bien vite nous faire envisager la possibilité d'une occlusion mécanique comportant le geste opératoire immédiat.**

Ces faits bien posés, définissons maintenant ce que nous entendons exactement par le terme « d'occlusion post-opératoire retardée ». Situons-la dans le cadre tout à la fois vaste et artificiel de l'occlusion post-opératoire en général. Ce

cadre est vaste, en effet, parce qu'il touche à toute la pathologie de l'abdomen, paroi et organes ; il est artificiel parce qu'il groupe des faits très disparates.

D'une manière générale, toute intervention abdominale, y compris la simple laparatomie exploratrice, peut donner lieu à une occlusion post-opératoire, l'accident pouvant apparaître très tôt, très tard, ou après une période pendant laquelle tout avait été normal. Ce qui nous amène à accepter — et tous les auteurs sont d'accord sur ce point — une classification basée sur la date d'apparition de l'accident.

Et c'est ainsi que nous avons :

1) **Des occlusions immédiates** (certains auteurs, tels Marcel Roux et son élève Jean Seyer, Mondor et Fougerat les qualifient de précoces) :

Elles succèdent immédiatement à l'opération qui vient d'être pratiquée.

2) **Des occlusions retardées :**

Fougerat les appelle « précoces secondaires ». Elles surviennent habituellement après 6, 7, 8 jours, où quelquefois « le patient va d'une manière exquise » (Hawkes). En gros, ce sont des occlusions qui vont du 5e au 25e jour. Il existera donc, entre le moment de l'opération et celui des premiers signes occlusifs, un intervalle libre, une période muette où l'opéré avait paru en voie de guérison normale.

3) **Des occlusions tardives :**

Elles apparaissent des mois, et souvent même des années, après l'intervention qui les a déterminées. Les facteurs qui en sont responsables, sont, du point de vue anatomo-pathologique, très variés. Peu importe, d'ailleurs, d'avoir à faire à une bride ou à une incarcération, ou à une torsion d'anse au-

tour d'une bride. L'indication opératoire doit être posée, et tous les chirurgiens savent qu'il faut la poser. Cette matière a donné lieu à d'amples développements, et la littérature chirurgicale en est abondamment pourvue. C'est pourquoi nous l'avons délibérément délaissée.

Quant à l'occlusion immédiate, elle n'a, elle aussi, qu'un intérêt restreint. En effet, elle n'apparaît que dans deux circonstances : après une opération à froid, ou après une opération septique. Après une opération à froid, il s'agira habituellement d'un simple iléus fonctionnel, banal, qui cèdera au traitement médical ou au tube de Eudel. Si un élément mécanique — et c'est vraiment rare — se surajoutait, nous adopterions l'une des indications thérapeutiques que nous décrirons plus loin à propos de l'occlusion retardée.

Après une opération septique, deux éventualités peuvent se présenter :

— ou bien il s'agit d'un malade qui a été opéré en pleine péritonite, dont il ne fera certainement pas les frais. Il n'émet pas de gaz, il est météorisé, ce n'est que sa péritonite qui continue — intérêt restreint.

— ou bien il s'agit d'une partie qui se joue, que l'on peut encore gagner, et nous adopterons là aussi, les moyens thérapeutiques que nous analyserons à propos du sujet qui nous occupe.

Vraiment donc, c'est dans l'occlusion retardée que nous allons nous heurter à de grosses difficultés d'indication opératoire, parce que justement il nous faudra faire la part de ce qui est fonctionnel ou mécanique et agir en conséquence. Ce sont ces raisons qui nous ont incité à décrire le tableau de l'occlusion retardée et à analyser les moyens que nous avons pour la traiter.

Le sujet bien limité, voici quel sera notre plan de travail :

1) **Etude du tableau clinique et du diagnostic.**

2) **Analyse d'observations personnelles.**

3) **Traitement des occlusions post-opératoires retardées.**

4) **Indications respectives de chaque méthode thérapeutique dans tel cas déterminé.**

Enfin, nos **conclusions** seront le seul fruit de notre pratique journalière.

D'aucuns pourront s'étonner de ne pas voir un chapitre spécial consacré à l'aspect radiologique de cette question. Il ne nous viendrait pas à l'idée de vouloir sous-estimer l'aide si précieuse apportée au clinicien par une exploration radiologique bien menée.

Mais, nos installations hospitalières ne nous ayant pas permis cette étude, nous ne nous sommes pas crus autorisés à l'aborder.

On pourrait nous faire à peu près la même remarque au sujet des modifications humorales survenant en cours d'occlusion.

Nous ferons remarquer, comme nous l'avons déjà souligné, que ce travail n'a pas voulu être complet, et qu'il est orienté, avant tout, vers l'aspect clinique et thérapeutique de la question.

CHAPITRE I.

Tableau Clinique - Diagnostic

Nous avons dit, dans notre Introduction, que nous définissions l'occlusion retardée, comme apparaissant, après une période neutre, normale ou à peu près, et dans un délai de 5 à 25 jours après l'opération première.

Nous avons également laissé entendre qu'elle comportait ou un simple élément fonctionnel — qui pouvait rétrocéder — ou secondairement un élément mécanique. Ce qui nous amène à considérer deux phases, du point de vue clinique : une **phase fonctionnelle** et une **phase mécanique.**

L'important, dans notre discussion, sera d'analyser le moment où le processus sort de la première phase, pour entrer dans la seconde.

Bien sûr, il est assez arbitraire de disséquer ainsi l'aspect et l'évolution cliniques de ces formes d'occlusion. Car les différentes circonstances dans lesquelles il nous sera donné d'assister à une occlusion post-opératoire retardée, comporent des tableaux extrêmement divers. D'autre part, pratiquement, on ne fait que constater un état occlusif dans lequel, le plus souvent, il y a confusion absolue des deux éléments fonctionnel et mécanique, et devant lequel une seule attitude s'impose : la réintervention.

Quoi qu'il en soit, ces réserves faites, cette façon de procéder aura du moins l'avantage de schématiser la question.

Nous tenons également à dire que cette étude, pour être complète, devrait comporter l'analyse des différents types cliniques particuliers d'occlusions post-opératoires, par exemple l'occlusion duodénale aiguë, l'invagination rétrograde de l'intestin après gastro-entérostomie ou gastrectomie, les incarcérations, les volvulus.

Mais nous avons résolu, faute d'observations personnelles précises, de nous en tenir à l'exposé du syndrôme général de l'occlusion retardée.

Enfin, étant donné que nos observations — pour la plupart — sont celles d'iléus après opérations septiques, il est évident que cette étude sera en majeure partie fonction de l'évolution des péritonites qu'il nous fût donné de suivre. Il reste bien entendu que les signes que nous allons passer en revue auraient une expression différente, si l'occlusion survenait après une simple appendicite à froid, par exemple.

A. — PHASE FONCTIONNELLE

Cette phase va se confondre avec le tableau clinique de la péritonite elle-même. Elle est de description assez banale. Nous allons noter :

— un **météorisme** plus ou moins accusé. Le palper révèle un abdomen de consistance pâteuse, uniformément tendu. Il ne s'agit, bien sûr, pas de contracture, mais de tension généralisée.

— le malade a émis quelques **gaz,** dans les délais normaux, avec ou sans thérapeutique médica-

le adjuvante, mais d'une façon généralement assez paresseuse. Pendant la phase fonctionnelle, on peut noter encore quelques gaz.

— les **vomissements** n'ont rien de particulier. Ce ne sont d'ailleurs pas des vomissements vrais, mais plutôt des nausées.

— les **douleurs** ne sont jamais bien caractéristiques, à cette phase. C'est une pesanteur abdominale, sans plus.

— la **température** et le **pouls** ne sont jamais alarmants ; au contraire, ce sont des éléments qui nous poussent habituellement à temporiser et qui, par conséquent, sont à l'origine d'erreurs d'indication opératoire.

— le **faciès,** parfois normal, est cependant assez volontiers plombé, plutôt subictérique.

Tous ces signes, assez vagues, ne constituent jamais un ensemble symtômatique nous commandant impérieusement la réintervention.

Sous l'effet de la thérapeutique médicale, tout peut rétrocéder, ou au contraire c'est très rapidement, le plus souvent presque d'emblée que nous passerons à la deuxième phase.

B. — PHASE MÉCANIQUE

Le tableau va, ici, se préciser avec netteté. Bien sûr, les signes cliniques auront une inégale importance ; certains, même dans le cas où ils apparaîtraient isolés, nous suffiraient pour nous faire réintervenir.

Le schéma clinique, s'il était complet, serait à peu près le suivant :

— un **météorisme** qui n'a guère progressé, mais dans la plupart des cas, le palper révèle des zones plus tendues que d'autres.

Ainsi, dans l'observation I, nous avions noté une tension plus nette de la fosse iliaque gauche ; dans l'observation II, de la région péri-ombilicale, ainsi que dans l'observation III ; de la fosse iliaque droite dans l'observation VII ; de la région sus-pubienne dans l'observation VIII.

Ces zones, que l'on perçoit plus tendues au palper, correspondent aux points où le processus adhésif plastique est maximum.

— quant aux **gaz,** leur interruption se fait :

— ou **brutalement** (observations I, II, III, V, VI, VII, VIII).

ou **progressivement,** à bas bruit, par à-coups (observations IV, IX, X, XI).

— les **vomissements** ne dominent pas le tableau, habituellement. De toutes façons, nous ne les attendrions pas, pour réintervenir. Nous n'avons guère noté de vomissements profus que dans les observations I, II, V, VII. Dans tous les autres cas, nous eûmes un état nauséeux.

— les **douleurs,** dans les cas que nous rapportons, ne présentèrent pas de caractère rythmique, si ce n'est dans les observations VII et X. Cela tient à ce que ces occlusions s'installent, assez volontiers, lentement.

— Il nous fût donné de noter un **péristaltisme** caractérisé dans les observations VII et XI. Ce qui prouve bien que généralement le rythme dans les douleurs, et le péristaltisme ne s'observent que dans les iléus s'installant très brutalement.

— La **température** ne se différencie guère de celle que nous pouvons noter à la première phase.

— Quant au **pouls** et au **faciès,** c'est constamment que nous notâmes la haute altération de celui-ci, l'accélération et la petitesse de celui-là.

Ces signes décrits, quel est le moment optimum où nous pouvons et devons réintervenir ?

C'est constamment, venons-nous de dire, que l'état général et le pouls s'effondrent, et ce très brutalement. Il s'agit de malades que nous voyons, la veille au soir, presque euphoriques, et que nous retrouvons dyspnéiques et le pouls filant, à la visite du matin. **Le tableau clinique est donc dominé — en dehors des signes locaux — par ce fait : un état général mauvais d'emblée, et avant tout, de la dyspnée et un pouls accéléré.**

Notre diagnostic, en tenant compte, bien entendu, des signes que nous venons de décrire, ne négligera par conséquent jamais cette notion.

Tels sont les éléments diagnostiques qui, sans être absolus, nous ont paru constants et dignes d'être retenus.

CHAPITRE II.

Observations

Ces observations représentent l'ensemble des cas qu'il nous fût donné d'étudier et de suivre pendant nos quatre années d'internat dans les Hôpitaux de Carcassonne. Toutes, ou à peu près toutes — les trois seules exceptions étant les cas rapportés dans les observations V, IX et XI — traitent de syndrômes occlusifs succédant à des appendicites aiguës, l'appendice apparaissant perforé dans cinq cas sur sept.

L'observation I traite d'une occlusion post-opératoire secondaire à une hernie étranglée, mais l'appendice se trouvait perforé dans le sac, et l'étanchéité n'étant pas absolue, le malade présenta une réaction péritonéale nette à l'intervention. Les seuls cas où nous observâmes une occlusion retardée secondaire à une opération à froid, sont décrits dans les observations V et XI — deux hystérectomies sub-totales.

Bref, la presque totalité des cas décrits est secondaire à des péritonites confirmées (observations II, VI, VII, VIII, IX), ou à des réactions péritonéales nettes (observations I, III, IV, X). Dans l'observation V, difficile à interpréter, nous admettrons cependant que la malade fit une réaction péritonéale lente, à évolution torpide.

Ce qui nous amènerait à conclure, déjà, qu'une occlusion post-opératoire retardée succède presque toujours — pour ne pas dire toujours — à un état péritonitique. Pourtant, nous devons reconnaître que, dans l'observation XI, l'accident occlusif est dû à une accumulation de gaz dans le gros intestin — et uniquement à cet élément. Mais cela ne nous empêchera pas de continuer à croire que, généralement, un volvulus apparaissant dans ces délais reconnaît une cause inflammatoire. N'est-il pas, en effet, permis de penser qu'une torsion d'anse s'amorce autour d'une bride, d'une adhérence, et cette bride, cette adhérence ne sont-elles pas, elles-mêmes, la conséquence d'une réaction péritonéale — bénigne en soi ?

Nous croyons interpréter ainsi, logiquement, les faits.

OBSERVATION I.

Un homme de 45 ans est opéré, début décembre 1945, d'une hernie inguinale étranglée, dans la Clinique personnelle du docteur Brun. L'appendice est étranglé et perforé dans le sac. Le collet débridé, on note une réaction liquidienne très louche et assez importante pour amener le docteur Brun à drainer la grande cavité. Pas de réfection de paroi.

Suites opératoires banales au début.

Au 12e jour, à 5 heures du matin, le malade est pris de douleurs abdominales sans caractère rythmique et à début progressif. Pas de péristaltisme. Pas d'émission de gaz, une selle très peu importante et plutôt diarrhéique dans la matinée. Très vite, apparition de vomissements bilieux incessants, pouls à 110, faciès altéré, dyspnée, urines rares. Bref, état général d'emblée alarmant.

Réintervention immédiate par laparotomie sous-ombilicale : on note une agglutination importante d'anses grêles, surtout dans la fosse iliaque gauche, par péritonite plastique adhésive.

Le docteur Brun pratique simplement, après s'être assuré qu'il n'avait pas à faire à un segment intestinal exclu, une dérivation interne par iléo-transversostomie au bouton de Jaboulay. Surjet séro-séreux, au fil de lin, autour de la bouche.

Suites opératoires : simples.

Sérum hypertonique salé intra-veineux, sérum physiologique isotonique sous la peau.

Le malade quitte la Clinique, guéri, un mois plus tard, diarrhéique. Revu 6 mois plus tard, il a conservé une diarrhée assez tenace.

Il s'agissait d'une occlusion retardée.

OBSERVATION II.

Un homme de 35 ans est opéré d'appendicite aiguë au 3ᵉ jour, par le docteur Brun, dans sa Clinique. L'appendice est perforé, gangréné, le processus de grangrène intéressant une bonne partie du cœcum, autour de la base de l'appendice.

Le docteur Brun, après avoir pratiqué l'appendicectomie, extériorise le cœcum en l'isolant de la grande cavité sur un lit de mèches.

Suites opératoires : simples au début, mais au 15ᵉ jour, syndrôme occlusif avec vomissements, mauvais état général, mais pas de rythme dans les douleurs, pas de péristaltisme.

Réintervention immédiate : par voie médiane. En se gardant bien de ne pratiquer aucune manœuvre dans le foyer septique, le docteur Brun libère des adhérences à la partie terminale du grêle. Ces manœuvres ayant dépéritonisé l'intestin sur une lon-

gueur de 10 centimètres environ, un surjet séro-séreux est pratiqué. Péritoine sec. L'obstacle peut être considéré comme levé, donc pas de dérivation interne.

Mort le lendemain, par collapsus cardio-vasculaire. Nous étions ici en présence d'une occlusion retardée.

OBSERVATION III.

Un garçon de 8 ans est opéré d'appendicite aiguë, dans le service hospitalier du docteur Brun. L'appendice n'est pas perforé, mais en raison de la quantité importante de sérosité louche intra-abdominale, le chirurgien décide de placer un drain dans le Douglas.

Suites opératoires : s'annoncent banales, le petit malade ayant émis quelques gaz dès le lendemain. Au 5e jour, brusquement, altération de l'état général, du faciès, avec dyspnée. Urines rares, peu de vomissements, un léger ballonnement, avec tension maximum péri-ombilicale, une douleur diffuse, non rythmée. Pas de selles, arrêt des gaz depuis la veille.

Réintervention immédiate par incision médiane, sous anesthésie générale. **On ne trouve ni bride, ni obstacle, ni agglutination d'anses ; simplement des anses grêles distendues, rouges, avec quelques fausses membranes, l'ensemble signant la réaction péritonéale post-opératoire, et la sidération du muscle lisse intestinal.**

Iléostomie à la Witzel, fermée spontanément en un mois. Guérison.

Il s'agissait donc, d'une occlusion retardée, par iléus dynamique, fonctionnel, par processus péritonitique.

OBSERVATION IV.

Un officier anglais, de 27 ans, est opéré d'appendicite aiguë, dans le service hospitalier de mon maître, le docteur Brun. Grosses difficultés d'exérèse, l'appendice étant rétro-cœcal et très long. Un véritable décollement colo-pariétal s'ensuit. L'appendice n'est pas perforé. La réaction péritonéale l'quidienne est de moyenne importance.

Mèche et drain dans la zone décollée, en dedans et sous le cœcum. Drain vers le Douglas.

Les deux drains ne donnant rien du tout, sont retirés dès le deuxième jour, et la mèche en partie au quatrième jour, et définitivement au cinquième, par moi-même. Gaz au troisième jour. Dès le soir du cinquième jour, température à 40°, quelques vomissements, pouls à 140. Ballonnement, très peu de gaz, faciès péritonéal, douleurs abdominales diffuses, non rythmées.

Manifestement, il s'agissait d'une réaction péritonéale post-opératoire, compliquée d'ilus fonctionnel, paralytique. Le docteur Brun nous conseille de pratiquer une aspiration duodénale continue à la Wangensteen. Etant donné l'état alarmant du malade, il est décidé de ne pas le transporter dans le service de radioscopie et de ne pas user du contrôle de l'écran dans la pose de la sonde.

Tous les quarts d'heure, l'aspiration à la seringue est régulièrement pratiquée par des infirmières. Au troisième jour, ventre souple, état général bon, la sonde est enlevée. Guérison définitive en vingt jours.

Il s'agissait donc d'une occlusion retardée.

Il semble que le retrait trop précoce des mèches soit à la base de cette réaction péritonéale.

OBSERVATION V.

Une femme, âgée de 48 ans, est opérée d'hystérectomie sub-totale pour fibrome et salpingite, dans le service hospitalier du docteur Héran.

Péritonisation simple, rien de particulier à l'intervention, si ce n'est — et c'est une constatation qui mériterait peut-être d'amples développements — un péritoine de couleur vineuse, violacée.

Pas de drain, ni mèche. Fermeture en trois plans.

Suites opératoires : banales, pendant les huit premiers jours. Au 9e jour, vomissements continuels, peu de météorisme, pas de douleurs abdominales, pas de gaz. Etat de Shock très apparent, pas de signes d'embolus. Pouls absolument misérable lorsque nous sommes appelés dans la nuit, par le service de garde. Transfusion sanguine qui donne un très bon résultat.

Mais, étant donnée la brutalité d'apparition des phénomènes, le docteur Héran décide de réintervenir. A l'intervention, anses légèrement distendues, assez rougeâtres, mais surtout atones. Fait à signaler : à l'angle iléo-cœcal, il existe une sorte de bride épiploïque s'attachant à la paroi pelvienne, et passant immédiatement en avant de la valvule, mais ne formant pas barrage absolu, en tous cas manifestement pas responsable des accidents. Section de la bride entre deux ligatures. Fermeture de la paroi en un plan.

Aspiration duodénale continue qui ramène un liquide gastrique brunâtre et grumeleux.

Mort quatre heures plus tard, par collapsus cardio-vasculaire.

L'accident paraissait dû à un processus de péritonite lente avec iléus fonctionnel réactionnel —

malgré que le péritoine fût sec et sans fausses membranes.

C'était une occlusion retardée, d'un type complexe il est vrai.

La cause de cet accident assez mystérieux, mériterait sans doute une étude plus détaillée. La réintervention montra un péritoine absolument sec, sans fausses membranes, sans réaction liquidienne. L'intervention initiale avait révélé un péritoine violacé. A l'occasion de conversations que j'eus, par la suite, avec mon maître, le docteur Brun, lui rapportant cette observation, je constatai qu'il considérant ces péritoines vineux, violacés, comme extrêmement fragiles. Et il me cita quelques observations personnelles, dans lesquelles le dénouement avait été fatal. Et pourtant, l'intervention avait été d'une remarquable simplicité. La pathogénie de ces accidents est troublante, peut-être s'agirait-il d'un déséquilibre vago-sympathique, peut-être endocrinien. Le problème n'est que posé.

Quoi qu'il en soit, la raison nous échappe sans doute, mais il semble que ces péritoines soient particulièrement sensibles et perméables au colibacille.

Ne pourrait-on pas reprendre cette question, la poser plus exactement, et arriver ainsi à éviter bien des déboires chirurgicaux ?

OBSERVATION VI.

Mademoiselle G..., 14 ans, est opérée à la Clinique personnelle du docteur Héran, le 17 avril 1943, d'appendicite rétro-cœcale gangrénée. A l'intervention, on note une énorme distension du grêle qui s'étraille. Rétrécissement des dix centimètres précœcaux avec mésentérite rétractile, ondulant le

grêle. Liquide de réaction péritonéale. Drain dans le foyer. Gaz au 2e jour.

Le 5e jour, on note une température à 38°2, un état général hautement altéré, quelques vomissements, un pouls à 130, petit filant, et enfin une inquiétante tendance dyspnéique. Arrêt des gaz, malgré sérum hypertonique salé et prostigmine ; le ventre est uniformément balloné et douloureux. Ces douleurs ne sont pas rythmiques, il n'y a pas de péristaltisme. Devant ce tableau occlusif (occlusion que nous qualifierons de retardée), le docteur Héran pratique une laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic, sous anesthésie générale. Il note une agglutination du grêle terminal sur le cœco-ascendant. Ne voulant pas toucher au foyer infectieux, il décide de pratiquer une dérivation interne : iléo-transversostomie au bouton de Jaboulay.

Deux jours après cette réintervention, les signes occlusifs s'amendent, il y a émission de gaz, la température tombe à 37°8.

Le 10e jour, clocher thermique à 40, et apparition de signes de rectite glaireuse.

Le toucher rectal permet alors de constater l'existence d'un abcès résiduel du Douglas, que le chirurgien évacue très simplement par rectotomie.

La malade sort, guérie, de la Clinique le 6 mai 1943.

OBSERVATION VII.

Un jeune garçon de 18 ans est opéré dans le service hospitalier du docteur Héran, d'appendicite gangréneuse avec perforation appendiculaire.

Péritonite généralisée. Pose d'un drain-cigarette dans le foyer, et d'un drain dans le Douglas.

Suites opératoires : simples, le malade sort de l'Hôpital 20 jours après l'intervention.

Au 25e jour après l'intervention, le convalescent est pris brusquement de douleurs abdominales rythmiques, de ballonnement léger, avec péristaltisme, et de vomissements profus.

Pas de gaz, et ce très brutalement.

Réintervention immédiate, par voie médiane : on note une agglutination massive de tout le grêle terminal. On pratique un dévidement de toutes ces anses, dont l'une adhère fortement dans le côté droit du pelvis. Fermeture sans drainage, le transit intestinal étant bien rétabli. Pendant ces manœuvres, on n'a pu éviter l'ouverture d'un petit abcès résiduel. Guérison.

Il s'agissait d'une occlusion retardée.

OBSERVATION VIII.

Un malade de 20 ans est opéré le 18 février 1943, d'appendicite gangréneuse avec perforation appendiculaire, à la Clinique du docteur Héran.

Appendicectomie aisée, pose d'un drain dans le Douglas seulement, en raison d'une réaction péritonéale liquidienne importante. Le foyer opératoire est bien détergé, pas de drainage de ce foyer. Gaz au 2e jour, en nombre assez important.

Le 21 février, donc à la 72e heure, tableau occlusif caractéristique avec extrême altération de l'état général.

Intervention : simple libération, par laparotomie médiane, d'une anse grêle accolée dans la fosse iliaque droite.

Le 24 février, le processus occlusif ayant continué, le docteur Héran décide de désunir la plaie médiane et de réintervenir ainsi. Pendant cette ma-

nœuvre de désunion, une anse grêle accolée au péritoire pariétal se perfore spontanément. Ainsi se crée un anus artificiel in situ, réalisant une iléostomie, et qui se ferme de lui-même, 12 jours après. L'intervention s'est bornée à ce geste.

On installe en même temps, une aspiration duodénale continue par tube de Eudel.

Le malade sort, guéri, le 22 mars 1943, malgré la formation d'un abcès iliaque gauche rapidement et spontanément résolu.

Nous rangerons cette occlusion parmi les occlusions retardées.

OBSERVATION IX.

Un homme de 63 ans est renversé par une bicyclette, alors qu'il revenait de son travail. On l'amène à l'Hôtel-Dieu dans le service hospitalier du docteur Brun, trois jours après l'accident. Son état est grave, il est en pleine péritonite.

Intervention : on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Fermeture, au fil de lin, d'une perforation intestinale linéaire, de trois centimètres environ, siégeant sur la partie terminale du grêle. Epiplooplastie. Drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en un seul plan, aux fils de bronze. Anesthésie générale bien supportée.

Suites opératoires : Alors que l'état de Shock du blessé, d'une part, et l'existence d'une péritonite généralisée, d'autre part, laissaient supposer un dénouement fatal prochain, les choses évoluent de façon telle que le blessé émet des gaz au 2e jour, et une selle diarrhéique au 3e jour.

Diarrhée les jours suivants, amenant une déshydratation progressive. Azotémie : 1 gr. 20. Thérapeutique réhydratante et rechlorurante. Au 16e

jour, un ballonnement important apparaît, sans douleurs, sans péristaltisme. Un peu de diarrhée persiste encore, avec quelques rares gaz. Pas de vomissements.

L'existence de ce météorisme, que nous avions pressenti une paire de jours avant, amène le docteur Brun à pratiquer une iléostomie à la Witzel, sous anesthésie locale, au lit du malade.

Incision de Jalaguier, à droite. Les anses intestinales apparaissent si dilatées que le chirurgien, craignant l'état de Shock qui n'aurait pas manqué d'apparaître, s'il avait exécuté des manœuvres de recherche de la dernière anse intestinale, se contente de pratiquer une entérostomie sur l'intestin qui se présente immédiatement à sa vue — en l'espèce, le cœcum.

Cœcostomie, donc, à la Witzel. Très rapidement, le siphonnage s'effectuant correctement, le météorisme disparaît, et l'état général s'améliore.

Le drain de cœcostomie est retiré au 8e jour. Mais, à ce niveau, une grosse désunion pariétale s'est produite, et cette fistule, véritable anus artificiel cœcal, ne tarde pas à amener une déshydratation du malade. Cette déshydratation est si importante que nous ne pouvons attendre une fermeture spontanée de la fistule.

Le docteur Brun décide donc de pratiquer une fermeture intrapéritonéale de cet anus.

A l'intervention, pratiquée sous anesthésie locale, il s'avère impossible de rentrer localement dans ce ventre, tant le processus de péritonite plastique adhésive est important. Le chirurgien arrive cependant à fermer cet anus par trois plans successifs de points séparés au fil de lin. Mais l'absence d'une bonne étoffe séreuse ne tarde pas à amener une désunion des sutures, et une réapparition de l'anus.

Le processus de déshydratation continuant, on pratique, au bouton de Jaboulay, un court-circuit iléon-sigmoïde, susceptible de tarir cette fistule. Cette dérivation interne s'avère inefficace, le cours des matières n'étant pas dévié.

Mort 14 jours plus tard.

Ici encore, il s'agissait d'une occlusion post-opératoire retardée, par péritonite plastique adhésive.

Analyse de cette observation :

A noter tout d'abord que nous avons pratiqué une iléo-sigmoïdostomie, dans ce cas, parce que réalisable par incision iliaque gauche. En effet, une iléo-transversostomie aurait exigé une incision médiane, impossible ici, du fait de la désunion avec suppuration — persistante encore à ce jour — de l'incision médiane première.

Nous sommes tombés sur des adhérences relativement faciles à cliver, le sigmoïde a été aisément repéré .Cette remarque faite, cette observation montre :

1) l'absence de fermeture spontanée de l'iléostomie.

2) l'échec de la dérivation interne iléo-colique, comme traitement de la fistule cœcale.

En fait, aucune des deux méthodes ne doit être mise en cause. L'iléostomie ne se ferma pas d'elle-même, malgré l'absence probable d'obstacle en aval, parce que le malade fit, au niveau de sa plaie, d'iléostomie, un processus de streptococcie cutanée disséquante identique à celui qui s'était déjà manifesté au niveau de la plaie médiane. Ce n'est pas la tentative de fermeture intra-péritonéale qui arrangea les choses.

Quant à la dérivation interne, elle ne fut pas suffisante à empêcher les matières d'emprunter tou-

jours leur habituel trajet. Peut-être qu'à la longue si le malade avait mieux résisté, le transit aurait été dévié et la guérison obtenue.

De toutes façons, la méthode ne doit pas, ici aussi, être incriminée, étant donné que le court-circuit n'eût pas le temps de s'installer, la dénutrition importante du malade ayant rapidement entraîné sa mort.

OBSERVATION X.

Un homme de 57 ans entre, le 13 décembre 1947, à la Clinique du docteur Héran. Il présente une douleur dans la fosse iliaque droite, un léger météorisme, quelques vomissements, une température à 39°

L'inspection révèle une paroi abdominale œdématiée à droite, laissant supposer l'existence d'une suppuration profonde. Arrêt des gaz. Le palper révèle une sorte de plastron dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic d'appendicite aiguë avec possibilité d'abcès appendiculaire en voie de formation — par abcès et perforation de la pointe par exemple — aurait été très simplement posé, si le malade n'avait subi, 16 ans auparavant, une appendicectomie.

Le docteur Héran, malgré cette notion révélée par l'interrogatoire et la cicatrice abdominale, ne rejette pas la possibilité d'un abcès appendiculaire sur moignon restant.

Intervention : On tombe sur une périviscérite de l'angle iléo-cœcal. Protection parfaite de la grande cavité par champs opératoires. La dissection de cet ilôt congestif de périviscérite amène l'ouverture d'un petit abcès appendiculaire au milieu duquel un moignon appendiculaire de 2 centimètres de

long, est isolé. Exérèse de ce moignon. Drainage du foyer par mèche, et protection de la grande cavité par mèche placée en dedans de l'abcès et du cœcum.

Suites opératoires : Gaz au 3e jour. Au 4e jour, le ballonnement ne disparaissant pas, siphonnage gastrique par tube de Eudel. On ramène ainsi 3 à 4 litres de liquide gastrique. Grosse amélioration de l'état général. Mais le météorisme persiste encore, 24 heures après l'application de la méthode, donc au 5e jour.

Au matin du 5e jour, arrêt total des gaz. Cet arrêt s'est installé progressivement.

Pas de vomissements. Douleurs vives, à caractère rythmique.

Pas de péristaltisme. Faciès plombé, subictérique. Dyspnée légère. Pouls petit à 120. Effondrement de l'état général.

En dehors du fait que l'Aspiration duodénale continue n'a pas été suffisante pour amener la cédation du météorisme en 12 heures — ce qui impose la réintervention selon l'avis de Brocq, — le tableau clinique est assez éloquent pour décider le docteur Héran à réintervenir.

Réintervention : Sous anesthésie générale au penthotal. Laparotomie médiane sous-ombilicale, n'arrivant pas au pubis. Anses grêles distendues, rougeâtres, sans fausses membranes. Ascite réactionnelle. L'exploration prudente et rapide de la cavité abdominale, permet de constater l'existence d'une anse grêle bloquée dans le foyer septique. Deux solutions se présentent :

— libérer cette anse, par intervention directe.

— ou pratiquer une entéro-anastomose.

L'anse afférente est distendue, l'anse efférente, plate, à côté l'une de l'autre.

Pour les raisons que nous décrirons plus loin, la deuxième solution est adoptée : iléo-iléostomie au bouton de Jaboulay. L'intervention a duré un quart d'heure.

Suites simples. Guérison.

OBSERVATION XI.

Une femme de 43 ans est opérée le 6 janvier 1948, d'un fibrome de moyen volume, très hémorragique, dans la Clinique du docteur Brun.

A l'intervention, on note une très importante distension, par gaz, de tout le cadre colique, ce qui complique l'acte opératoire.

Hystérectomie sub-totale. Péritonisation satisfaisante. Drain dans le Douglas.

Suites opératoires : Emission de gaz pénible. Mais la malade émet des gaz assez abondamment pour qu'on considère la partie gagnée.

Au 5e jour, léger météorisme, quelques gaz encore, quelques nausées, douleur abdominale légère, diffuse, sans caractère rythmique, un péristaltisme assez net, un faciès encore assez bon, un pouls à 110, une température à 38°6.

Le lendemain, arrêt absolu des gaz, mauvais état général. On décide de réintervenir.

Réintervention : Volvulus du sigmoïde. Le segment volvulé est boudiné, cependant les lésions ne paraissent pas commander l'extériorisation suivie de résection. On réintègre ce segment, après détorsion. La voie médiane a été utilisée.

Cœcostomie à la fois de dérivation et de sécurité. Subtosan intra-veineux, adrénaline, syncortil, toni-cardiaques Exitus.

L'accident est incontestablement dû à l'accumu-

lation de gaz dans le gros intestin, et cliniquement s'exprima sans manifestation bruyante, brutale. Il demeure, à nos yeux, rare, en tant qu'iléus post-opératoire retardé, et son expression clinique apparaît atypique (météorisme moyen, pas de douleurs rythmiques, aiguës, absence du signe de Von Wahl et du signe de Bayer).

CHAPITRE III.

Traitement de l'Occlusion post-opératoire retardée

Il est médical ou chirurgical, souvent les deux types de méthodes sont combinés.

A) — MÉTHODES MÉDICALES :

Elles constituaient, il faut l'avouer, un arsenal thérapeutique assez réduit jusqu'à ces dernières années. Nous n'avions guère recours que :

— d'une part, aux **substances stimulant la motricité intestinale** (Péristaltine, Prostygmine, Rétropituitine) en injections sous-cutanées. La Prostygmine fut, seule, employée dans nos services.

— d'autre part, aux **injections intraveineuses de sérum salé hypertonique à 10 % ou 20 %.**

— enfin, aux **lavements salés hypertoniques.**

Se sont là, les seules méthodes qui sont toujours d'un usage général. Pour notre part, nous avons eu systématiquement recours à elles, et nous les associons fréquemment. Bien sûr, elles sont généralement insuffisantes à guérir un iléus paralytique retardé, surtout lorsqu'un élément mécanique, si léger soit-il, s'ajoute à lui.

Selon nous, on peut les considérer de la façon suivante :

— elles sont suffisantes à guérir un iléus fonc-

tionnel immédiatement consécutif à l'opération causale.

— elles sont presque toujours insuffisantes à guérir un iléus du type retardé, et dans ce cas, nous voyons en elles **un test excellent :**

Un élément occlusif, fonctionnel ou pas, vient-il à apparaître, nous associons ces substances ; si cet élément ne rétrocède pas, il s'agit vraisemblablement d'un iléus mixte, et déjà, sans la poser formellement, nous pensons à une possible réintervention.

A l'heure actuelle, cependant, cette thérapeutique médicale vient de s'enrichir d'un procédé de choix. Nous voulons parler de **la méthode de Wangensteen.** Cette méthode mérite une analyse assez poussée, et, quant à nous, nous l'avons très souvent utilisée. Elle a, au demeurant, la faveur de tous les chirurgiens. Associée aux moyens déjà décrits, elle a rendu d'incontestables services. Nous croyons ne pas pouvoir faire entrer son étude en un cadre rigide, exclusif. Ainsi, nous pourrons mieux situer et préciser les beaux résultats que cette pratique a permis d'obtenir en matière d'occlusion post-opératoire retardée.

Ce système de siphonnage gastro-duodénal continu est dû à Owen Wangensteen, de Minnéapolis, et ses collaborateurs, et date de 1930 environ. Brocq, Eudel et Iselin exposent les premiers, en France, son principe en mars 1941. Et c'est encore Brocq et Eudel qui donnent les résultats de leur expérience, trois ans plus tard, en un rapport que l'on retrouvera dans les « Mémoires de l'Académie de Chirurgie » (séance du 24 mai 1944).

Quel est le but de cette méthode ?

L'Aspiration duodénale continue n'agit pas sur la cause de l'iléus, c'est pourquoi elle ne dispense pas forcément du recours aux méthodes chirurgica-

les. **Son but est, avant tout, de vider l'intestin.** De ce fait, elle va diminuer le shock que provoque sa distension aiguë, et corriger les vices de position dûs à une fixation anormale d'anses agglutinées et coudées, coudures se combinant secondairement, de façon toute mécanique, à la distension paralytique, fonctionnelle, de l'intestin, et causant ainsi un iléus mixte.

Quelles sont les conditions de succès ?

Une seule, essentiellement : **l'aspiration doit être rigoureusement continue.** A cet effet, on a imaginé des appareils susceptibles d'assurer une vidange intestinale continue. Point ne nous intéresse leur description. Quant à nous, nous nous sommes toujours contentés du simple tube de Eudel, le siphonnage étant assuré par aspiration à la seringue, tous les quarts d'heure. Cette façon de procéder s'est toujours avérée suffisante. En principe, la sonde doit aller dans le duodénum. Mais c'est là une manœuvre souvent difficile, malgré le contrôle radioscopique, du fait de l'existence d'une plicature médio-gastrique, dûe à la distension du grêle ou du transverse.

Quant à nous, nous n'avons jamais vérifié si la sonde était, ou non, en bonne place dans le duodénum. Soupault, d'ailleurs, considère que la simple vidange gastrique suffit souvent. Dans notre pratique, nous avons toujours considéré comme convenablement placée, une sonde qui ramenait en quantité suffisante, régulièrement, tous les quarts d'heure, du liquide gastrique, grumelleux ou fluide. Selon Soupault, le fait que le pylore, béant dans les états occlusifs post-opératoires, laisse le duodénum se déverser dans l'estomac, expliquerait que le siphonnage gastrique est suffisant dans la plu-

part des cas. Nous croyons, au demeurant, que, à ce sujet, il ne faut pas se payer de mots. Combien de chirurgiens pourraient-ils affirmer, qu'ils font, dans leur pratique, une aspiration vraiment duodénale ? Les déclarations de Desplas, en cette matière, viennent à l'appui de la thèse de Soupault.

Il peut arriver, que, la sonde correctement placée, on ne retire que peu de liquide, voire même pas du tout. Il s'agit alors, semble-t-il, d'une occlusion ancienne ayant fini par forcer le muscle intestinal, ou de niveau trop bas — et c'est souvent le cas de l'occlusion post-opératoire retardée qui intéresse presque toujours la partie terminale de l'iléon.

Quelles sont les indications de la méthode ? Elles sont multiples. D'une façon générale, l'Aspiration duodénale continue peut guérir un iléus fonctionnel ou même un iléus mixte, à condition que l'élément mécanique surajouté ne soit, bien entendu, ni un volvulus ni une incarcération par exemple. **C'est pourquoi, la méthode commande, dans son application, une extrême vigilance.** Ceci posé, c'est donc **dans l'occlusion post-opératoire du type retardé ou du type précoce, que l'Aspiration duodénale continue reconnaîtra son indication majeure.**

C'est là l'opinion de Moulonguet qui prône la méthode dans les suites difficiles des opérations abdominales avec iléus fonctionnel, paralytique, **sans rejeter cependant la vieille « iléostomie salvatrice ».**

Le siphonnage gastrique a également été utilisé avant les opérations portant sur l'abdomen. Ainsi, dans les cas dont nous traitons, si l'intervention, après application du tube de Eudel, est jugée nécessaire, les gestes sont grandement facilités.

On a aussi utilisé l'aspiration péropératoire : on obtient une déflation quasi-immédiate des anses jéjunales.

Quant aux suites opératoires, elles sont transformées par l'Aspiration duodénale systématique, prophylactique en quelque sorte. Quant à nous, nous avons vérifié la chose en matière de gastrectomie ou de résection intestinale. L'opéré peut ainsi boire dès qu'il est remis dans son lit, puisque le liquide ingéré est évacué par la sonde. La sècheresse de la bouche, si pénible, est évitée, et ce, sans que les sutures en souffrent. Cette ligne de sutures est au contraire protégée, la même remarque pouvant être faite en faveur de l'iléostomie, dans les cas de résection intestinale.

Quant à l'efficacité de la méthode dans les fistules duodénales, elle n'est plus à démontrer, la sonde étant placée, si possible, dans l'anse afférente.

Ainsi conçue, l'Aspiration duodénale continue a été associée à de nombreuses pratiques :

— tout d'abord, la laparotomie, le plus souvent, et autant que possible sans perdre de temps.

— la rechloruration et réhydratation massives.

— les extraits cortico-surrénaux.

— les transfusions de plasma.

— les perfusions adrénalinées,

bref, le traitement du shock occlusif.

A quel facteur tiennent ses succès ? Il semble que ceux-ci sont dûs au fait que les adhérences, d'origine inflammatoire, unissant les anses intestinales les unes aux autres, sont molles et non organisées. Ces adhérences cèdent dans l'immense majorité des cas, à la déflation obtenue par l'aspiration continue et à la reprise du péristaltisme qui la suit.

Quelles sont les limites de la méthode ?

On peut, en une formule qui nous paraît ne rien avoir de dogmatique, les définir ainsi :

La réintervention s'impose, si, au bout de 12 heures, le météorisme demeure rebelle, le péristaltisme aussi important, le cours des gaz n'est pas rétabli.

C'est là l'opinion exprimée par Roux et son élève Seyer dans le Journal de Chirurgie (1945, tome 61, nos 1-3). Quénu, dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie, rapportant des observations d'iléus post-opératoires dues à Lange et Janvier (séance du 24 octobre 1945), fixe ce délai à 24 heures, considérant que la méthode « fait merveille presque toujours, mais pas toujours ». C'est aussi l'avis de Brocq. Notre observation X montre le bien-fondé de ce principe. Il ne sera donc inutile de réopérer que si la sédation est franche et totale.

Les résultats, aussi bien en matière d'iléus immédiats que retardés, seront merveilleux, parfois surprenants. Notre observation IV en est une belle démonstration. L'Aspiration duodénale continue, seule, amena la guérison de cet iléus paralytique post-opératoire. L'observation VIII illustre ce que nous avons dit quant à l'utilité de la méthode associée aux moyens chirurgicaux.

B) — MÉTHODES CHIRURGICALES :

Le traitement de l'iléus post-opératoire retardé comporte des méthodes directes et des méthodes indirectes.

1. — Méthodes directes :

Elles visent directement le foyer occlusif. Elles peuvent être très simples et dictées par la seule logique. Ainsi, on peut, dans certains cas, rattacher

certains accidents occlusifs au drainage ou à un méchage trop important, trop tassé. Notre geste se bornera à pratiquer l'ablation du drain laissé trop longtemps en place ou à diminuer le tassement des mèches. Nous n'avons jamais eu, quant à nous, à effectuer ces gestes.

Parfois, en présence d'un iléus post-opératoire, les données opératoires (présence de pus dans le ventre) et les données cliniques post-opératoires (température à grandes oscillations, rectite glaireuse, faciès infecté), nous indiquent que cette réaction occlusive doit manifestement être rattachée à l'existence d'une collection suppurée intra-abdominale résiduelle. Tels les abcès sus-iliaques, mésocœliaques, sous-hépatiques, sous-phréniques, du Douglas. L'acte opératoire, simple, consistera à vider ces abcès, les signes occlusifs disparaissant aussitôt dans la plupart des cas. C'est là une notion très classique.

Notre observation VI relate le cas d'une jeune adolescente opérée d'appendicite aiguë et qui fit, au 10e jour, un abcès résiduel du Douglas, sans signes occlusifs cependant. Par rectotomie, la guérison fût très vite obtenue. Nous vîmes également une Douglassite suppurée après laparotomie pour ulcus gastrique perforé, sans iléus post-opératoire. La guérison fut obtenue dans les mêmes conditions. Notre observation VIII fut marquée par l'apparition d'un abcès iliaque gauche spontanément résolu, sans signes occlusifs.

Dans d'autres cas, l'opération directe peut être une véritable réintervention. Ainsi, elle consistera dans la détorsion d'un volvulus (obs. XI), une désincarcération, une section de brides, une libération d'adhérences. La conduite à tenir devra, bien

entendu, être fonction de l'état de l'intestin : réintégration pure et simple des segments intestinaux libérés, enfouissement sous un surjet de péritonisation de ces segments, parfois résection intestinale. Nous n'avons, quant à nous, jamais vu d'incarcération d'anse, responsable d'une occlusion de type retardé. Il nous paraît, d'ailleurs, que c'est là une forme d'occlusion post-opératoire tardive — tout comme le volvulus.

Les interventions visant directement la libération d'anses intestinales bloquées dans une gangue d'adhérences, ou dans un foyer septique, ont été prônées par l'école lyonnaise. Deux fois, dans les observations II et VII, et en partie dans l'observation VIII, nous pratiquâmes cette opération avec un inégal bonheur. Cette intervention directe amène le chirurgien à dévider et dérouler tout un long parcours d'anses occlues. Elle l'oblige à pratiquer une opération souvent longue, elle l'oblige aussi à extérioriser ces anses distendues. **Ce sont là des facteurs qui font d'elle une opération éminemment schockante.** Sans compter le danger surajouté de blessures de l'intestin distendu, au cours de ces manœuvres. C'est pourquoi, nous avons résolu de ne la pratiquer que sous trois conditions :

— le malade doit avoir un état général conservé.

— le paquet d'anses occlues doit être restreint au maximum, et doit autant que possible ne pas constituer un foyer septique.

— la distension de ces anses doit être peu importante.

Quel chirurgien accepterait de se risquer à dévider un grêle en occlusion chez un enfant opéré de péritonite appendiculaire et dont l'état général n'est guère brillant ?

2. — **Méthodes indirectes :**

Elles négligent la levée de l'obstacle, le foyer occlusif. Leur mode d'action est en tous points superposable à celui de l'Aspiration duodénale continue. En assurant une vidange intestinale en amont de l'obstacle, elles feront céder la distension de l'intestin et ainsi diminueront le shock occlusif et corrigeront les vices de position des anses agglutinées.

Par deux moyens, ce but peut être atteint :

— par l'iléostomie, ou dérivation externe.

— par l'entéro-anastomose ou dérivation interne.

a) — **L'Iléostomie :**

Elle consiste en une fistulisation de l'intestin en amont de l'obstacle. Dérivant à l'extérieur un contenu intestinal toxique, ce qui n'est pas la moindre de ses qualités, elle amènera l'aplatissement des anses intestinales et la disparition de leurs coudures.

Le fait de débarrasser l'intestin de son contenu très hautement toxique, est, en effet, le gros avantage de cette méthode. On sait que les malades en occlusion meurent souvent, alors même que l'obstacle est levé, d'une imprégnation toxique trop élevée de leur organisme. Il s'agit d'une sidération toxémique du malade.

Certains auteurs affirment que c'est là un avantage contestable, et apportent à l'appui de leur assertion des arguments d'ordre physio-pathologique. Nous ne reprendrons pas un à un ces arguments, c'est là travail de physiologiste de métier.

Jusqu'à plus ample informé, nous considèrerons comme toxique le contenu d'une anse intestinale en occlusion depuis un certain temps.

En dehors, donc, de cette qualité première, en dehors du fait que la vidange intestinale et secondairement l'aplatissement des anses sont parfaitement assurés, **quels seront les autres mérites de la méthode ?** Quant à nous, ils nous paraissent résider dans sa grande simplicité opératoire, sa bénignité, sa rapidité d'exécution, comme le soulignent d'ailleurs fort justement Roux et Seyer (Journal de Chirurgie, t. 61, nos 1-3 1945).

Nous avons souvent exécuté cette intervention sous anesthésie locale, en faisant porter la fistulisation sur l'anse dilatée s'offrant la première à notre vue.

La méthode, cependant, ne va pas sans inconvénients. Tout d'abord, nous voudrions répondre à ceux qui affirment qu'elle est sans objet depuis la pratique de l'Aspiration duodénale continue, que ces deux méthodes, loin de s'éliminer, se complètent à merveille. En effet, si l'Aspiration duodénale continue, et nous l'avons déjà souligné, donne de remarquables résultats dans les occlusions siégeant assez haut sur un grêle non encore forcé, il n'en va pas toujours ainsi dans les occlusions de niveau trop bas ou trop anciennes. Or, si l'on admet que l'appendicite aiguë est le plus souvent responsable des accidents occlusifs post-opératoires, si l'on admet aussi que ces accidents siègent à la partie terminale de l'iléon, on est bien obligé de conclure avec Quénu que l'Aspiration duodénale continue ne donne pas des résultats absolument constants. Ce qui, d'ailleurs, n'infirme en rien ce que nous avons dit d'elle.

Dans ces cas, où le tube de Eudel s'avère impuissant, nous croyons que, sans retard, on devra pratiquer une iléostomie autant que possible sur le grêle terminal. Nous disons « autant que possible », parce qu'il n'est pas toujours aisé de rechercher le dernier segment iléal. Sa recherche nécessiterait souvent des manipulations d'anses distendues, et ce en milieu infecté. D'où shock opératoire, d'une part, et mobilisation d'éléments microbiens d'autre part. La méthode tendant justement à éviter shock et manœuvres septiques, on comprendra dès lors pourquoi on se contente, la plupart du temps, de fistuliser l'anse immédiatement apparente. Ce qui n'enlève rien à son efficacité.

L'iléostomie, dans ces conditions, nous permet de parer aux défaillances de l'Aspiration duodénale continue. En effet, elle peut être placée au cœur même des éléments occlus, que l'occlusion soit indifféremment haute ou basse, d'une part, et d'autre part, **elle n'exige pas d'une façon aussi nette — du fait même qu'elle est plus déclive sur l'intestin — un muscle intestinal tonique.**

Ceci dit, quels sont ses inconvénients ?

— Le premier reproche fait à la méthode, est de ne pas être systématiquement efficace. L'anse fistulisée à la paroi, la sonde ne donne pas ou presque pas. Peut-être la fistulisation porte-t-elle sur une anse paradoxalement dilatée en aval de l'obstacle, ou plus vraisemblablement sur un segment dilaté, mais exclu entre deux plicatures intestinales. De fait, ce n'est pas là, chose rare.

— Dans d'autres circonstances, malgré le retrait de la sonde — qui ne sera pratiqué qu'après disparition complète du météorisme et émission de gaz

— la fistule ne marque aucune tendance à la fermeture spontanée, d'où accidents, graves parfois, de dénutrition. Cet accident semble dû à l'existence d'un obstacle en aval, et ne doit pas être imputé à la méthode. Il faut, bien entendu, réintervenir et aller lever une bride par exemple, et ce sans attendre, car l'intervention risquerait fort d'être pratiquée sur un malade très dénutri. Nous ne croyons pas que, dans le cas rapporté dans notre observation IX où il nous fût donné d'assister à l'impossibilité d'une fermeture spontanée, nous ayons eu à faire à l'existence d'un quelconque obstacle en aval du cœcum. Il s'agissait, en effet, d'un sujet vieux, à l'état général précaire, à tissus trophiques, dénutris, et qui fit une espèce de streptococcie cutanée disséquante. La tentative de fermeture intrapéritonéale ne fit qu'aggraver les lésions. Les observations III et VIII — véritable iléostomie en fait — montrent que la fermeture se fait spontanément dans la presque totalité des cas.

— Enfin, dernier reproche : l'iléostomie déshydraterait le malade.

Nous croyons que c'est là reproche tout théorique, et qui, à la rigueur, pourrait également être adressé à l'Aspiration duodénale continue. A notre avis, il faut faire la part des choses. On vise, en effet, deux buts : ne pas laisser intoxiquer le malade, et lui vider son intestin de façon à ce que les coudures — et de ce fait l'élément mécanique — disparaissent. Sous couvert d'une bonne rechloruration et réhydratation, ce reproche nous paraît sans valeur.

La technique est simple : nous avons toujours pratiqué des iléostomies à la Witzel, qui consistent en une tunnélisation et fixation de l'anse grêle à la paroi, le lieu de la fistulisation étant choisi sur un

segment intestinal le plus déclive possible. L'incision iliaque gauche, type Jalaguier, nous paraîtrait donner à ce sujet, les meilleures garanties, puisqu'elle permet d'aborder une anse du troisième quart. Mais, pratiquement, nous utilisons toujours une incision médiane parce que plus directement exploratrice.

Nos résultats ont été bons. Dans l'observation IX, qui est loin de nous amener à douter de la méthode, aussi bien que dans les observations III et VIII, les effets furent immédiats et définitifs.

Nous pratiquons souvent, au demeurant, quant à nous, avec des résultats toujours excellents, l'iléostomie dans les cas d'occlusion intestinale (que l'on ait pratiqué, ou pas, une résection intestinale) ou de péritonite généralisée, quelle que soit leur cause, de façon toute prophylactique en quelque sorte. C'est l'iléostomie de sécurité. Les suites opératoires nous paraissent ainsi grandement améliorées.

Ce n'est pas la statistique de Yovannovitch, assez peu favorable à l'iléostomie, qui nous fera délaisser cette intervention.

Il ne nous paraîtra pas excessif, même, de conclure en disant que l'iléostomie est une opération qui n'est pas assez souvent pratiquée.

b) — **L'Entéro-anastomose :**

Les opérations réalisant une entéro-anastomose visent à établir un court-circuit entre les anses dilatées en amont de l'obstacle, et les anses plates en aval, sans toutefois toucher à cet obstacle. C'est là leur principe.

Quel est l'avantage, essentiel pour certains auteurs, de l'entéro-anastomose ?

— Elle évite la menace d'une fistulisation permanente du grêle, comme cela peut se voir dans l'iléostomie. Il est évident que certains chirurgiens peuvent être hantés par cette menace, et la réintervention rendue, dès lors, nécessaire. Si cette éventualité se réalisait, nous pourrions être amenés à pratiquer, soit une fermeture au fil de lin avec — ou non — iléo-iléostomie complémentaire de sécurité, soit une résection intestinale en cas de fistule trop large siégeant sur le grêle, soit même une iléo-colostomie seule en négligeant la fistule. Nous avons déjà dit que nous n'avions jamais eu, dans nos iléostomies, à déplorer un semblable accident.

— Enfin, certains affirment, niant la toxicité du contenu intestinal, que l'un des avantages de l'entéro-anastomose sur l'iléostomie, est de permettre au malade d'assimiler tous les éléments de ce contenu. De fait, c'est là une loi générale : les dérivations externes sont, sous un certain rapport, néfastes, parce qu'elles privent l'économie du malade de quelques matières premières. Et ceci explique la réaction de certaines écoles, et non pas seulement en matière de Chirurgie intestinale. C'est ainsi que, en Chirurgie du Cholédoque, l'école autrichienne avec Sasse et Finsterer, l'école allemande avec Voelkler, ont proposé des techniques tendant à supprimer la dérivation externe par drainage type Kehr, après ablation de calculs enclavés dans la voie biliaire principale. Sasse et Finsterer pratiquent des cholédoco-duodénostomies, Voelkler utilise un drain spécial, muni d'un orifice intra-duodénal, qui cathétérise le duodénum abouché à la peau, et remonte dans le cholédoque en passant par l'ampoule de Vater. Il referme, bien entendu, l'orifice de cholédocotomie par lequel l'obstacle a été levé. La bile, par l'orifice du drain, est déversée

dans le duodénum et utilisée par l'organisme. C'est là une méthode ingénieuse, mixte en quelque sorte, qui permet à la bile d'être gardée par le malade, et qui peut, à l'occasion, permettre de pallier à un blocage quelconque du système, par simples manœuvres externes de « ramonage » (à l'aide d'un explorateur métallique très souple).

Quels en sont les inconvénients ?

— On peut reprocher tout d'abord à la méthode de réaliser un nouvel état anatomique permanent, alors que l'iléostomie n'est que temporaire. Le néocircuit peut être, en effet, responsable, d'une part, de phénomènes diarrhéiques, qui, s'ils ne vont jamais jusqu'à la dénutrition de l'organisme — ils cèdent habituellement en quelques semaines ou quelques mois suivant la longueur du segment exclu — n'en sont pas moins gênants, et d'autre part, d'occlusion nouvelle par étranglement d'une anse dans la boucle formée par le grêle (Dupont — Mémoires Ac. Chirurgie — séance du 31 octobre 1945).

— On peut lui reprocher ensuite de ne pas débarrasser immédiatement l'organisme de ses produits toxiques. Encore que son association avec l'aspiration duodénale continue peut parer, dans une certaine mesure, suivant la hauteur de l'occlusion, à cet inconvénient.

— On peut enfin dire qu'elle ne touche pas à l'obstacle, et qu'elle ne permet pas, de ce fait, de faire disparaître les phénomènes ischémiques, s'il y en a (étranglement d'anse, par exemple). D'où danger réel de la méthode, ce reproche pouvant être également adressé à l'iléostomie. En fait, c'est là reproche tout théorique. En effet, pratiquement, une anse étranglée se défend et donne lieu à des

manifestations cliniques nettes avant de se sphacéler.

Ces arguments classiques développés, quel est à nos yeux, le gros avantage de la méthode ?

Il paraît résider dans le fait qu'elle permet d'éviter le foyer opératoire primitif, si souvent septique.

Dans quel cas, malgré la septicité de ce foyer, serions-nous autorisés à intervenir directement sur lui ?

Uniquement dans le cas où la clinique et l'opération première nous feraient soupçonner un iléus proprement mécanique, une incarcération par exemple ou un étranglement par bride. C'est là d'ailleurs, il faut bien le souligner, une éventualité rare, en matière d'iléus du type retardé.

Laplupart du temps, nous nous trouverons en présence d'une agglutination d'anses autour d'un foyer opératoire septique, processus de péritonite plastique adhésive. Ainsi, dans l'iléus après appendicite aiguë. Point n'est besoin de démontrer la gravité de la réintervention directe. **Nous croyons donc que, dans le cas d'iléus après opération septique, où on a tout lieu de penser à une agglutination d'anses, on est autorisé à pratiquer une dérivation interne de propos délibéré, sans exploration du foyer opératoire.**

C'est là une notion capitale qui a toujours dicté notre ligne de conduite.

— Techniquement, nous n'avons que trois possibilités de dérivations internes :

— l'iléo-iléostomie (comme l'a préconisé Okinczye).

— l'iléo-transversostomie.

— l'iléo-sigmoïdostomie.

Le court-circuit peut être exécuté soit en tenant compte des opportunités locales les plus favorables, et en employant de ce fait, l'une des trois méthodes, soit de parti-pris : dès lors, l'entéro-anastomose apparaît comme une opération à minima érigéeen seule méthode thérapeutique et ne saurait être dans ce cas qu'une dérivation iléo-colique.

Quel que soit le type d'anastomose pratiqué, on s'appliquera à réaliser une exclusion courte de façon à ne pas troubler la fonction intestinale. En théorie, il faudrait donc rechercher la dernière anse en rétention, dilatée, près du foyer, et la première anse vide, plate. En ce sens, la meilleure méthode serait représentée par l'iléo-iléostomie. Nous l'avons pratiquée chez le malade décrit dans l'observation X. L'anse grêle bloquée dans le foyer septique fût vite repérée, le grêle gros, distendu, afférent, et le grêle plat efférent étaient côte à côte. L'iléo-iléostomie était la solution la plus logique, parce que localement la plus opportune.

Mais ce sont là des manœuvres d'exécution généralement difficile au milieu d'anses distendues, nécessitant une exploration systématique et shockante. Or, il faut aller vite. C'est pourquoi, pratiquement, on se contentera de choisir une anse grêle dilatée prise le plus à droite possible. La bouche sera exécutée au fil de lin en trois plans, ou au bouton de Jaboulay. Nous donnons, quant à nous, notre préférence au bouton, n'ayant jamais eu d'ennuis d'élimination.

Quel type d'anastomose iléo-colique allons-nous pratiquer ?

Les avis sont partagés. Leveuf, Godard sont partisans de l'iléo-sigmoïdostomie au bouton de Jaboulay, tandis que Bompart et Quénu prônent l'iléo-transversostomie.

Quels sont leurs arguments ?

Selon Leveuf et Godard, l'iléo-sigmoïdostomie permettrait d'anastomoser une anse grêle du troisième quart, rapprochée du cœcum, d'où exclusion courte. C'est là, quant à nous, un argument plus théorique que réel. En tout état de cause, il nous a paru souvent difficile, sous un grêle distendu, de découvrir et d'amener le sigmoïde.

Quant à Bompart et Quénu, défenseurs de l'iléo-transversostomie, ils appuient leur argumentation sur les notions suivantes :

— l'iléo-transversostomie nous amène à aborder la partie haute de l'étage sous-mésocôlique plus épargnée, plus libre d'adhérences, ce qui est sûrement exact.

— l'anse grêle anastomosée sera haute, donc sûrement en amont du foyer occlusif, ce qui est un argument de valeur très secondaire, sinon contre la méthode.

— le côlon transverse est d'abord plus facile que le côlon sigmoïde. C'est là, nous semble-t-il, la raison qui nous fait préférer cette technique à l'iléo-sigmoïdostomie.

L'intervention peut facilement se faire sous anesthésie locale, que l'on pratique une cœliotomie épigastrique pour iléo-transversostomie, ou une incision iliaque gauche pour iléo-sigmoïdostomie.

Quels seront les résultats ?

Ils sont bons, l'opération est bénigne et efficace, l'amélioration rapide. C'est l'opinion de tous les auteurs, et ce quel que soit le type d'anastomose réalisé. C'est ainsi que, aux guérisons obtenues par Lange et Janvier par iléo-transversostomie, viennent s'ajouter celles de De Botton obtenues par iléo-sigmoïdostomie. Ce qui confirme l'excellence

de la dérivation interne en général, dans les iléus post-opératoires, et aussi dans les fistules cœcales, quelle que soit leur origine.

Notre observation IX ne vient pas infirmer ce que nous pensons de la dérivation interne comme traitement des fistules cœcales. Nous nous sommes déjà expliqués quant à ce cas particulier d'échec.

Nos observations I et VI viennent modestement s'ajouter aux beaux résultats déjà rapportés. Dans les deux cas, nous pratiquâmes une iléo-transversostomie, de propos délibéré. Dans chacun de ces cas, il eût été impossible de pratiquer une iléo-sigmoïdostomie, par suite d'adhérences dans la fosse iliaque gauche.

Certains auteurs ont même voulu élargir la pratique de l'entéro-anastomose et l'appliquer à titre préventif, prophylactique, tout comme l'iléostomie, réalisant de cette façon, une opération de sécurité. Ainsi, dans le cas où, après libération directe des anses occlues, un segment apparaîtrait douteux, ou dans une péritonite généralisée, ou dans une résection intestinale. L'utilité de cette pratique est difficile à prouver. Notre préférence va nettement, en cette matière, à l'iléostomie qu'on supprime quand on veut.

CHAPITRE IV.

Indications Thérapeutiques

Le problème se posera différemment suivant que l'on aura fait un diagnostic topographique et étiologique précis, ou que l'on se trouvera en présence du tableau général d'occlusion post-opératoire retardée. Nous ne nous arrêterons que rapidement sur les cas de diagnostic précis. L'indication opératoire sera, dans ces cas, facile à poser. **La difficulté du problème, toute la difficulté, va résider dans ces occlusions revêtant le masque assez mal défini de l'iléus inflammatoire.** Dans le premier cas, on avait à faire à une occlusion manifestement mécanique, dans le deuxième cas ce sera soit un iléus fonctionnel, soit mécanique, le plus souvent mixte.

I. — CAS PRÉCIS DE DIAGNOSTIC FACILE

Notre intention n'est pas de les énumérer un à un, ce serait là aussi bien un travail fastidieux et pas tellement utile puisque les traités classiques réservent tous un chapitre spécial à leur étude.

Nous ne citerons que quelques exemples Ainsi :

— **la dilatation aiguë de l'estomac :** se traduisant cliniquement par un météorisme important, à point de départ épigastrique, et par des vomissements noirâtres profus, de pathogénie assez discu-

tée — dystonie vago-sympathique sans doute, — elle est grave parce qu'elle est souvent rebelle à toute thérapeutique : grands lavages d'estomac, aspiration duodénale continue, sérum isotonique et hypertonique salé, enfin gastrostomie. Le docteur Héran me disait dernièrement avoir obtenu la guérison d'un malade atteint de dilatation aiguë spontanée de l'estomac, par gastrostomie, le drain employé étant choisi parmi les plus gros.

— **l'invagination rétrograde du grêle** dans une bouche de gastrectomie ou de gastro-entérostomie.

— **le volvulus :** malgré notre observation XI, nous croyons que cet accident est rare dans le cadre des accidents occlusifs de type retardé.

— **l'incarcération** au travers d'une brèche opératoire (surtout au travers du ligament large, après l'opération de Baldy-Dartigues, qui est une ligamentopexie transligamentaire sous-tubo-ovarienne rétro-utérine, ou entre la paroi et l'utérus après hystéropexie à la Doléris, qui consiste en une inclusion pariétale des ligaments ronds, ou dans la brèche rétroanastomotique créée opératoirement dans les gastrectomies ou gastro-entérostomies, etc...).

— **une bride.** Ce sont toujours là des occlusions mécaniques, à début brutal et d'allure souvent dramatique. Elles exigent la réintervention immédiate. La voie médiane semble indiquée. Il ne nous fût jamais donné d'observer un tel type d'occlusion post-opératoire retardée — si ce n'est le volvulus rapporté dans notre observation XI.

Avant d'aborder la deuxième partie de cette étude, nous voudrions dire un mot des iléus réflexe et spasmodique post-opératoires. Certains auteurs en ont observé et décrit. Sans vouloir nier leur exis-

tence, nous voudrions souligner qu'ils sont rares, **et qu'en principe il est dangereux de poser leur diagnostic.** Nous nous contentons, quant à nous, de considérer comme un iléus réflexe ou spasmodique, non inflammatoire, le petit retard de gaz, le petit ballonnement post-opératoires. Une thérapeutique médicale simple (prostigmine — sérum salé hypertonique intra-veineux, lavements salés) suffit à les faire rétéocéder.

Nous croyons éminemment dangereux de les rendre responsables d'états occlusifs au-delà des deux ou trois jours immédiatement consécutifs à l'opération causale.

II. — SYNDROME OCCLUSIF ÉVOLUANT DANS LE CADRE DU TABLEAU GÉNÉRAL D'OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE

Nous avons déjà dit que nous considérions presque toutes les occlusions post-opératoires, comme étant d'origine inflammatoire. Ainsi, un volvulus, avons-nous dit, s'amorce le plus souvent autour d'une bride, la bride étant elle-même une manifestation du processus inflammatoire. Mais, alors que dans le cas de volvulus, il s'agit d'une manifestation essentiellement locale, **ici nous allons nous trouver en présence d'un processus occlusif intéressant de très importants segments intestinaux. C'est là que va résider la difficulté.**

Le type de ces états occlusifs sera représenté par l'agglutination d'anses intestinales, d'installation rarement brutale, le plus souvent progressive, voire même par poussées successives.

D'une façon générale, d'abord, il importera de vérifier la plaie opératoire. Ainsi, une mèche, un drain, peuvent être à l'origine d'une collection pa-

riétale. Nous vérifierons l'état du Douglas. Nous avons déjà dit que ces collections pouvaient amener des complications occlusives dont le traitement est celui de l'abcès résiduel ainsi constitué.

Ceci rapidement posé, comment concevons-nous le traitement d'un iléus post-opératoire par agglutination d'anses ?

Nous avons, ailleurs, suffisamment expliqué sa pathogénie — occlusion mixte — pour ne pas y revenir ici.

Plusieurs cas cliniques vont se poser à nous :

1) — Le malade a eu des suites opératoires normales. Mais il accuse, un jour, un petit ballonnement abdominal d'installation progressive, et quelques nausées, il émet encore quelques gaz. Il s'agit là d'un processus adhésif habituellement généralisé, à adhérences lâches, aucune d'elles n'amenant une occlusion caractérisée, mais dont les effets s'ajoutant suffisent à déclencher cet état. **C'est là que triomphera l'aspiration duodénale continue.** Compte tenu de ce que nous avons dit de cette pratique, nous pouvons lui faire confiance. Nous l'associerons au traitement médical, et nous l'emploierons en continuant notre surveillance attentive et armée. (Observation IV).

2) — Le malade fait une occlusion caractérisée, d'installation progressive ou brutale. Il faut indiscutablement réintervenir. Les conditions sont les suivantes :

— l'opération causale n'était pas très septique.

— sa date n'est pas très récente, elle remonte à trois semaines environ ; la septicité est, de ce fait, atténuée.

— l'état général est bon.

— la laparotomie montre :

a) un paquet d'anses occlues restreint (parfois une seule anse : obs. II - VIII).

b) — la distension de ces anses est peu importante.

c) — leur abord est aisé.

d) — les adhérences sont lâches.

On est alors autorisé à pratiquer un dévidement de ces anses, et à intervenir ainsi directement sur le foyer occlusif. Desjacques, de Lyon, après Tavernier, est le défenseur de la méthode. En dehors des conditions que nous venons d'énumérer, l'opération est difficile, grave, shockante. En effet, elle fait saigner, elle dépéritonise d'où nouvelles cohalescences, elle blesse la séro-musculeuse de l'intestin, elle peut amener la création d'une fistule intestinale, enfin elle peut être à l'origine d'une diffusion de l'infection péritonéale par ouverture d'abcès risiduels (obs. VII) ou par simple manipulation d'un foyer inflammatoire « attiédi, mais non encore éteint ».

Nos conditions d'indication de la méthode lyonnaise n'ont pas la prétention de devoir faire loi. Nous-mêmes, avec un inégal bonheur, les avons transgressées, du fait de conditions locales qui nous étaient imposées. Et ce, malgré la septicité de l'opération première (obs. II, VII, VIII) ou l'importance des segments occlus (obs. VII).

Toujours, la réintervention se fit par voie médiane. Il nous semble, bien que nous ne l'ayons jamais fait, qu'il serait utile de pratiquer, dans ces cas, une iléostomie complémentaire.

3) — Il s'agit d'une occlusion à début brutal ou insidieux, habituellement progressif. Le ballonnement est important.. On décide la réintervention. Il est à noter que, dans la majorité des cas, l'opération causale a été pratiquée à une date relativement récente. La laparotomie montre volontiers : des anses distendues, rouges, avec quelques fausses membranes. Fait capital : il y a peu — parfois pas — d'adhérences. Il ne paraît pas y avoir de blocage d'anse grêle. Il s'agit là indiscutablement d'un processus péritonitique avec iléus dynamique post-opératoire. La musculature lisse de l'intestin est sidérée.

C'est là que va triompher l'iléostomie associée à l'aspiration duodénale continue. L'iléostomie sera faite le plus à droite possible. Pour ne pas être shockante, l'opération doit être rapidement conduite, et exempte de manœuvres traumatiques. C'est pourquoi, pratiquement, on choisira souvent l'anse intestinale apparaissant la première.

La meilleure façon de procéder nous paraît être de pratiquer d'abord une laparotomie médiane — qui nous permettra de faire l'inventaire des lésions — puis, l'iléostomie décidée, une incision iliaque gauche type Jalaguier, si on le juge utile. Mais l'incision médiane suffit la plupart du temps.

Nos observations III, VIII, IX témoignent de l'excellence de la méthode.

4) — Le malade fait un iléus post-opératoire retardé. Ses modalités d'apparition sont banales. La laparotomie montre une très importante agglutination d'anses. Les lésions sont déjà organisées. L'intervention première remonte volontiers à une date plus ancienne que dans le cas précédent.

Dès lors, l'entéro-anastomose nous paraît être la conduite la plus prudente. Nous préférerons l'iléo-transversostomie à l'iléo-sigmoïdostomie, parce que le côlon transverse est d'abord plus facile que le côlon sigmoïde, et parce que la partie haute de l'étage sous-mésocôlique est généralement plus libre d'adhérences que la fosse iliaque gauche. Nos observations I et VI constituent deux beaux résultats obtenus grâce à la méthode.

Si les conditions locales le permettent, c'est-à-dire si l'exploration prudente et rapide de la grande cavité montre une anse bloquée, avec côte à côte les segments distendu et plat, on est autorisé à pratiquer une iléo-iléostomie (obs. X).

Cette schématisation n'a évidemment pas la prétention de pouvoir répondre à tous les cas anatomo-cliniques qui seront soumis à la sagacité et à l'esprit critique du chirurgien. Il n'empêche que cette sorte de systématisation des éventualités cliniques qu'il nous a été donné de voir, nous paraît, dans son ensemble, ne pas être tellement éloignée de la vérité.

CONCLUSIONS

Si nous avons pensé à entreprendre ce travail, c'est parce que nous avons vu nos maîtres se heurter souvent à la question difficile et toujours débattue du traitement des occlusions post-opératoires.

Les quelques cas qu'il nous fût donné d'observer et la lecture d'ouvrages classiques ou de discussions des Sociétés savantes, nous ont permis de pouvoir définir et orienter nos gestes en cette matière. Nos conclusions, très schématiques, n'auront nullement la prétention de vouloir être définitives. Elles seront les suivantes :

A) — **DU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE,** si, classiquement, les occlusions post-opératoires tardives sont, la plupart du temps, d'origine exclusivement mécanique, il nous a paru que les iléus du type précoce ou retardé étaient, avant tout, d'origine inflammatoire. Certes, bien des manifestations occlusives post-opératoires de ces deux types paraissent relever d'une cause précise, mécanique pure (observation XI). **Il n'en est pas moins vrai que, souvent, le point de départ de cette cause mécanique est strictement inflammatoire.** Tels le mouvement de bascule ou le tour de spire d'une anse intestinale autour d'une bride, créant ainsi un volvulus.

Nous aurions peut-être dû, comme nous l'avons déjà dit,consacrer un chapitre spécial à l'étude de la question sous son angle anatomo-pathologique.

Nous ne l'avons pas fait, parce que, fatalement, nous aurions été entraînés à énoncer des notions déjà connues.

B) — **L'ASPECT CLINIQUE** de l'iléus post-opératoire nous a paru difficile à définir. Nous avons essayé de disséquer les manifestations occlusives en deux phases fonctionnelle et mécanique. En fait, pour dire vrai, dans la pratique le problème se pose différemment. Ainsi, tel opéré, qui, après une période neutre, normale, présente des signes d'iléus. Ces signes se constituent par poussées successives, ou brutalement. **Dans ce dernier cas, la tendance à la dyspnée et l'accélération du pouls d'une part, l'effondrement de l'état général, d'autre part, seront désormais pour nous, des signes de valeur certaine. La réintervention immédiate s'imposera, l'élément mécanique sera prédominant.**

Si le syndrôme est d'installation progressive et lente, nous penserons avant tout à un élément paralytique, inflammatoire, **non pas exclusivement fonctionnel à coup sûr,** que nous traiterons d'abord par l'Aspiration duodénale continue. **Notre surveillance n'en sera que plus attentive et armée.**

C) — **NOS OBSERVATIONS** ne constituent pas, bien entendu, une série de cas suffisante pour tirer des conclusions définitives. Il n'en reste pas moins vrai que cette série est instructive et éducative par son homogénéité. Elle apporte, une fois de plus, la preuve que l'iléus post-opératoire est, d'une façon générale, dû à un élément inflammatoire et à une agglutination d'anses intestinales. L'observation V paraît isolée et soulève un problème sur lequel, peut-être, des chercheurs avertis et compétents se pencheront un jour.

D) — Quant au **TRAITEMENT** de l'iléus post-opératoire, il nous semble pouvoir être envisagé simplement, de la façon suivante :

1) — **en face d'un élément occlusif, fonctionnel :** traitement médical et aspiration duodénale continue. Nous ne saurions trop insister sur cette notion que les échecs, si l'on réintervient, viennent souvent d'un attentisme exagéré. **La règle des 12 heures doit avoir force de loi, et faire de nous, en cette matière, des interventionnistes systématiques.**

2) — **l'élément mécanique** se précise, la réintervention est décidée :

a) Si la date de l'opération première est ancienne, si le foyer occlusif ne paraît pas très septique, si l'organisation adhésive est peu importante et n'intéresse pas une trop longue portion de grêle, si le malade ne paraît pas shocké, on est autorisé à intervenir **directement** sur la cause de l'occlusion.

b) Si la date de l'opération causale est proche, si la sidération de la musculature lisse intestinale est manifeste — signature incontestable de l'iléus paralytique — en dehors, ou à peu près, de toute manifestation adhésive, on pratiquera une iléostomie.

c) Enfin, l'iléus par péritonite plastique, adhésive, bien organisée, est justiciable d'une entéro-anastomose. L'iléo-transversostomie, de réalisation aisée, nous paraît devoir être préférée à l'iléo-sigmoïdostomie.

Si les conditions locales sont favorables, l'iléo-iléostomie pourra être utilement pratiquée.

E) — Quant à la responsabilité du méchage et du drainage, ou des antiseptiques (alcool, iode, éther, sulfamides en poudre) dans la genèse de ces acci-

dents, elle nous paraît certaine. Sans condamner, loin delà, ces pratiques, nous dirons que nous avons toujours été prudents et économes dans leur maniement. Il est une technique du méchage.

F) — La meilleure voie d'abord paraît être, selon nous, la laparotomie médiane sous-ombilicale, n'arrivant pas jusqu'au pubis — il faut faire un minimum. Après examen de la situation locale, on prolongera l'incision vers le bas (libération directe d'anses bloquées ou agglutinées) ou vers le haut (incision à cheval sur l'ombilic qui permettra une iléo-transversostomie) ou enfin on s'en tiendra là (iléostomie ou iléo-iléostomie).

Quels ont été nos résultats ?

Nous avons eu quatre échecs sur onze cas observés. C'est dire que l'iléus post-opératoire est grave. L'appendicite, de par sa fréquence, est souvent à la base de ces manifestations.

Nous avons cru faire œuvre utile en apportant notre modeste contribution à l'étude si délicate de l'iléus post-opératoire. Délicate parce que le traitement est une question de dosage et d'interprétation du tableau anatomo-clinique. En ce sens, les indications thérapeutiques, même bien assimilées et systématisées dans l'esprit du chirurgien, demeureront toujours malaisées à poser.

Le Président de la thèse :
P. FABRE.

Vu : *Le Doyen :*
J. CALVET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 28 Janvier 1948.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
P. DOTTIN.